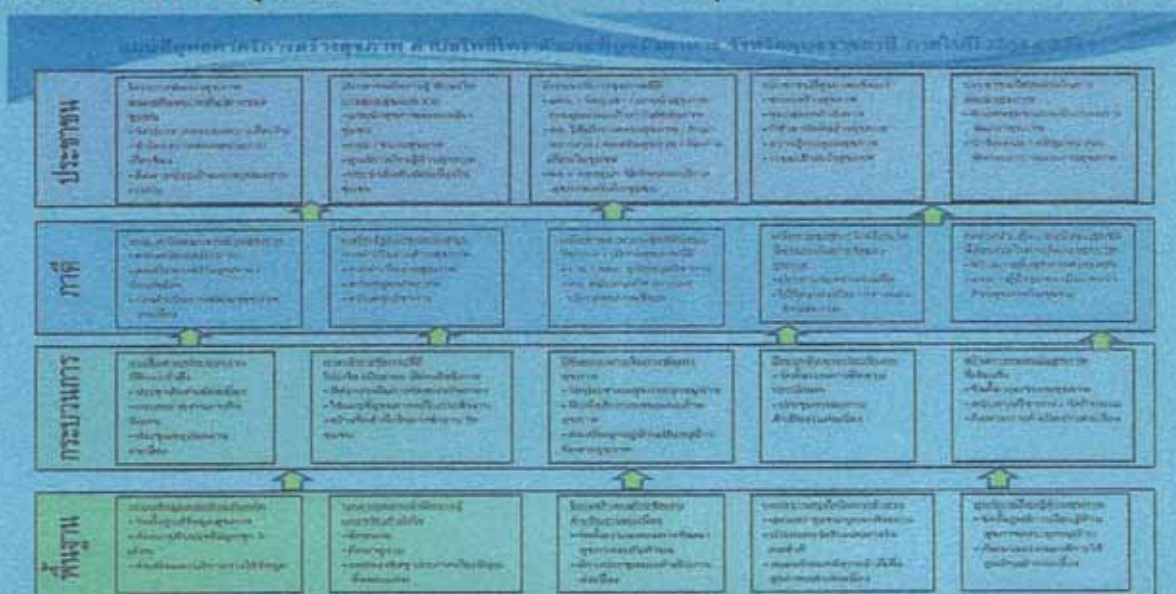


ผลการเรียนรู้การใช้แผนที่ยุทธศาสตร์

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต้นแบบ ที่ผ่านการอบรมแผนที่ยุทธศาสตร์

(โครงการสนับสนุนและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่)



สปสช.
สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สสส.
สำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ



สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เลขที่ 126 หมู่ 5 อ.ท่าวุ้ง จ.ลพบุรี 17100 โทร. 02-965-9616 ต่อ 119-122 โทรสาร. 02-965-9617

อ.ท่าวุ้ง อ.เมือง จ.ลพบุรี 17100 โทร. 02-965-9616 ต่อ 119-122 โทรสาร. 02-965-9617

(ปกใน)



รายงานผลการติดตามเยี่ยม
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลต้นแบบ
ที่ผ่านการอบรมแผนที่ยุทธศาสตร์

โดย

สมฤทธิ ศรีธำรงสวัสดิ์

ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนา
หลักประกันสุขภาพไทย(สวปก.)

ที่ปรึกษาวิชาการการพัฒนากองทุนสุขภาพ

ระดับตำบล

มุกดา สำนวนกลาง

แผนงานร่วมฯ

มกราคม 2552

เลขหมู่.....
เลขทะเบียน
วันที่

กิตติกรรมประกาศ

การติดตามเยี่ยมพื้นที่เรียนรู้การใช้ “แผนที่ยุทธศาสตร์” ในโครงการสนับสนุนและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ระหว่างวันที่ 14 พฤศจิกายน ถึง 29 ธันวาคม 2551 จำนวน 10 แห่งคือ เทศบาลบ้านกลาง อ เมือง จ ลำพูน อบต.บ้านแก่ง อ เกลิมพระเกียรติ จ สระบุรี อบต.เหนือ อ เมือง จ กาฬสินธุ์ อบต.โพธิ์ไทร อ พิบูลมังสาหาร จ อุบลราชธานี เทศบาลไทรย้อย อ เนินมะปราง จ พิจิตร โลก เทศบาลตำบลวังใหม่ อ นายายอาม จ จันทบุรี เทศบาลตำบลนามะเฟือง อ เมือง จ หนองบัวลำภู อบต.ท่าเยี่ยม อ สากเหล็ก จ พิจิตร เทศบาลหลังสวน อ หลังสวน จ ชุมพร และอบต.ป่าพะยอม อ ป่าพะยอม จ พัทลุง

ขอขอบพระคุณนายกเทศมนตรีและนายกองค์การบริหารส่วนตำบลรวมทั้งเจ้าหน้าที่ของเทศบาล/อบต. และกรรมการกองทุนทุกท่านเป็นอย่างสูง ซึ่งบทเรียนการทำงานเหล่านี้ได้นำไปสู่การดำเนินงานต่อเนื่องเชิงนโยบายของทั้งกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้สามารถสนับสนุนการดำเนินงานของท้องถิ่นให้คล่องตัวและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขอขอบพระคุณ ศ.(พิเศษ) นพ.ไพจิตร ปะบุตร ประธานคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่าง สสส.กับสปสข.ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการติดตามเยี่ยมเรียนรู้และให้กำลังใจท้องถิ่นทำงานกองทุนด้วยความกระตือรือร้น โดยเฉพาะในพื้นที่อบต.เหนือ อ เมือง จ กาฬสินธุ์ อบต.โพธิ์ไทร อ พิบูลมังสาหาร จ อุบลราชธานี เทศบาลไทรย้อย อ เนินมะปราง จ พิจิตร โลก

ขอขอบพระคุณภาคีร่วมสนับสนุนและเยี่ยมเรียนรู้ทั้งเจ้าหน้าที่จากสปสข.เขตพื้นที่ ศูนย์ฝึกอบรมสุขภาพภาคประชาชนแต่ละภาคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ครั้งนี้ร่วมกันอย่างสร้างสรรค์และมีข้อเสนอต่อการดำเนินงานกองทุนเป็นอย่างดี

มกราคม 2552

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การติดตามเยี่ยมพื้นที่เรียนรู้การใช้ “แผนที่ยุทธศาสตร์” ในโครงการสนับสนุนและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเยี่ยมชมการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลของพื้นที่ต้นแบบและติดตามความคืบหน้าของการใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานของกองทุนในแต่ละสปสข.เขตทั้ง 12 เขต ระหว่างวันที่ 14 พฤศจิกายน ถึง 29 ธันวาคม 2551

ผลการติดตามเยี่ยมพื้นที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

1. เป้าหมายพื้นที่การติดตามเยี่ยมเรียนรู้การดำเนินงานกองทุนและการใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ในพื้นที่ประกอบด้วยเทศบาลและอบต.จำนวน 10 แห่งจากเป้าหมาย 12 แห่ง ได้แก่ เทศบาลบ้านกลาง อ เมือง จ ลำพูน อบต.บ้านแก้ง อ เฉลิมพระเกียรติ จ สระบุรี อบต.เหนือ อ เมือง จ กาฬสินธุ์ อบต.โพธิ์ไทร อ พิบูลมังสาหาร จ อุบลราชธานี เทศบาลไทย้อย อ เนินมะปราง จ พิชญ์โลก เทศบาลตำบลวังใหม่ อ นายายอาม จ จันทบุรี เทศบาลตำบลนามะเฝือก อ เมือง จ หนองบัวลำภู อบต.ท่าเยี่ยม อ สากเหล็ก จ พิจิตร เทศบาลหลังสวน อ หลังสวน จ ชุมพร และอบต.ป่าพะยอม อ ป่าพะยอม จ พัทลุง และพื้นที่มีประชากรอยู่ระหว่าง 3- 8 พันคน

2. ผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พบว่า

2.1 ชุมชนโดยภาพรวมค่อนข้างเข้มแข็ง มีการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนอย่างกว้างขวาง ทุกแห่งชุมชนมีส่วนร่วมโดยเฉพาะจากกลุ่มอสม. มีการประชาคมหมู่บ้านในการทำแผนทุกแห่ง บางแห่งมีสภาประชาชน และสภายาวชนร่วมด้วย ส่วนใหญ่ท้องถิ่นสมทบให้มากกว่าหลักเกณฑ์ที่ สปสข. กำหนดและมีสามแห่งที่มีกองทุนที่ชาวบ้านร่วมสมทบ

2.2 กระบวนการจัดทำแผนงาน/โครงการของกองทุน ส่วนใหญ่อาศัยกระบวนการประชาคมเพื่อหาปัญหาของหมู่บ้าน ลักษณะโครงการ ในช่วงปีแรกหลายๆแห่งยังไม่ทราบหลักเกณฑ์การใช้งบประมาณ บางแห่งกองสาธารณสุขเป็นคนจัดทำโครงการเองโดยนำโครงการของท้องถิ่นมาสวม บางแห่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นคนเขียนทั้งหมด แต่เมื่อทราบหลักเกณฑ์ชัดเจนขึ้นก็มีกระบวนการประชาคมเพื่อให้ชาวบ้านและหน่วยงานต่างนำเสนอปัญหาพร้อมกันของตำบลเพื่อกำหนดเป็นโครงการ และ มีการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ตามกลุ่มเป้าหมายที่ สปสข. กำหนด

3. การใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ในการทำงานของกองทุนฯ นั้นในทุกพื้นที่มีการอบรมเรื่องการทำแผนที่ยุทธศาสตร์แก่กรรมการกองทุนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีรูปแบบการอบรมเป็นสองลักษณะใหญ่ๆ คือ การอบรมที่ศูนย์ฝึกอบรมสุขภาพภาคประชาชน(ศช.) และการอบรมในพื้นที่เลย ส่วนการนำแผนที่ยุทธศาสตร์ไปใช้ เนื่องจากส่วนใหญ่เพิ่งมีการจัดทำแผนฯ ดังนั้นการนำไปใช้ยังไม่เห็น ขณะเดียวกันยังไม่เห็นแผนงาน/โครงการในการพัฒนาตามแผนที่ยุทธศาสตร์ที่เป็นรูปธรรมให้เห็น โครงการที่จะทำในปี 52 ส่วนใหญ่ยังเป็นเชิงประเด็นปัญหาสาธารณสุขเป็นหลัก

ข้อค้นพบที่สำคัญคือ กรรมการกองทุนทุกแห่งเห็นตรงกันว่า แผนที่ยุทธศาสตร์ทำให้เห็นเป้าหมายการพัฒนาและแผนที่ในการไปสู่เป้าหมายได้ชัดเจนขึ้น

4.บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ

ในช่วงสองปีแรกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีบทบาทในการติดตามกำกับกำกับการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลเนื่องจาก สปสช. ติดต่อดirectกับท้องถิ่น บทบาทในการกำกับติดตามหลักจึงเป็น ของ สปสช. เขต อย่างไรก็ตามในช่วงหลัง สสจ.และ สสอ. ส่วนใหญ่มีบทบาทมากขึ้นเนื่องจากตระหนักถึงความสำคัญ ขณะเดียวกัน สปสช.เขตก็ไม่มีศักยภาพพอในการกำกับติดตามได้เองทั้งหมดเมื่อมีการขยายจำนวนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการมากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการเฝ้าติดตาม

1.การดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล

1.1เป้าหมายหลักของกองทุนสุขภาพตำบล คือสร้างความตระหนักของท้องถิ่นและชุมชน ให้เข้ามามีบทบาทในการจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยกองทุน และแผนที่ยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือในการทำงาน

1.2ท้องถิ่นและชุมชนมีบทบาทร่วมได้มากหากเป็นเรื่องสุขภาพะที่มีใช้การจัดบริการสุขภาพ

1.3การจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ควรเน้นการจัดบริการเชิงรุกแก่กลุ่มที่ปกติเข้าไม่ถึงบริการเป็นหลัก เพื่อให้ครอบคลุมของบริการเพิ่มขึ้น

1.4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอเป็นกลไกสำคัญในพื้นที่ในการสนับสนุนและกำกับติดตามการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล เนื่องจากมีศักยภาพและความพร้อมมากกว่า สปสช.เขต

1.5ความสำเร็จของกองทุนขึ้นกับ ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ และชุมชนเป็นหลัก ดังนั้นต้องมีการพัฒนาทั้งสามภาคส่วนให้มีความเข้มแข็ง

2.การใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานกองทุนฯ

2.1การอบรมแผนที่ยุทธศาสตร์ ควรดำเนินการในพื้นที่จริง และต้องมีการลงมือทำจริง ใช้ภาษาที่ง่ายไม่เป็นเชิงวิชาการมากเกินไป

2.2กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายให้มีการใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ที่ให้กลุ่มงานยุทธศาสตร์ของจังหวัดเข้ามามีบทบาทหลักด้านนี้ร่วมกับกลุ่มงานภาคประชาชนและกลุ่มงานประกันสุขภาพ

2.3 มีการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดและอำเภอเป็นวิทยากรกระบวนการในการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ แบ่งการอบรมเป็นระยะๆเพื่อให้มีเวลาในการจัดทำแผนที่ได้อย่างเต็มที่

2.4เน้นการนำแผนที่ยุทธศาสตร์ไปใช้ โดยให้มีแผนงาน/โครงการรองรับพร้อมทั้งมีผู้รับผิดชอบแต่ละกล่ออย่างชัดเจน

ด้วยในปี 2551 แผนงานร่วมๆ ได้กำหนดยุทธศาสตร์สนับสนุนการขับเคลื่อนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น/พื้นที่ด้วยการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพกองทุนในการบริหารจัดการกองทุน แผนงานร่วมๆ กับมูลนิธิแสงสิทธิการ(เพื่อคุณภาพชีวิต) มี นพ.อมร นนทสุต เป็นประธานมูลนิธิ จึงร่วมกันดำเนินโครงการสนับสนุนและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ เป็นเครื่องมือในการพัฒนาศักยภาพกองทุน ซึ่งปัจจุบันมีกองทุนฯ เข้าร่วมโครงการนี้แล้ว 48 แห่ง และคาดว่ากองทุนทั้ง 48 แห่งนี้จะป็นต้นแบบในการใช้แผนที่ยุทธศาสตร์สำหรับกองทุนอีก 48 แห่งที่จะเรียนรู้ตามมาของโครงการนี้รวมทั้งอาจเป็นโอกาสในการขยายพื้นที่ให้มากขึ้นในปีต่อไปตามนโยบายกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น/พื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.)

ด้วยความเห็นชอบของคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างสสส.กับสปสช. โดยมีศ.(พิเศษ) นพ. ไพจิตร ปะบุตร เป็นประธานเห็นชอบให้มีการติดตามเพื่อเรียนรู้และถอดบทเรียนการประยุกต์ใช้แผนที่ยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการกองทุนของเทศบาลและอบต.ที่ผ่านการอบรมจากโครงการและพัฒนาเป็นข้อเสนอในการดำเนินงานต่อสปสช.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แผนงานร่วมๆ และที่ปรึกษาวิชาการ ประเด็นการพัฒนากองทุนสุขภาพระดับตำบล ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ จึงเยี่ยมชมการดำเนินงานกองทุน 10 พื้นที่ และบทเรียนการทำงานเหล่านี้ได้นำไปสู่การดำเนินงานต่อเนื่องเชิงนโยบายของทั้งกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้สามารถสนับสนุนการดำเนินงานของท้องถิ่นให้คล่องตัวและมีประสิทธิภาพมากขึ้นผ่านโครงการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map) ในการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับจังหวัดโดยความร่วมมือกับมูลนิธิแสงสิทธิการ(เพื่อคุณภาพชีวิต)

แผนงานร่วมๆ ขอขอบพระคุณทุกท่านที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างสูง หากมีข้อเสนอประการใดโปรดบอกกล่าวให้แผนงานร่วมๆ ได้มีโอกาสรับใช้ต่อไป

มุกดา สำนวนกลาง

แผนงานร่วมๆ

มกราคม 2552

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	i
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ii
คำนำ	iii
ความเป็นมา	1
ผลการติดตามเยี่ยม	2
ภาคผนวก	
1 สรุปข้อมูลเบื้องต้นกองทุนฯ	14
2 10 พื้นที่ต้นแบบที่ผ่านการอบรมแผนที่ยุทธศาสตร์	20
3 กำหนดการติดตามเยี่ยม	104

ความเป็นมา

แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นแผนงานภายใต้ความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) โดยมีพันธกิจสำคัญในการสร้าง/จัดการความรู้ การพัฒนาต้นแบบและนวัตกรรม การพัฒนาศักยภาพ การขับเคลื่อนสังคมและนโยบาย ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ในปี2551 แผนงานร่วมฯได้กำหนดยุทธศาสตร์สนับสนุนการขับเคลื่อนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น/พื้นที่ด้วยการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพกองทุนในการบริหารจัดการกองทุน แผนงานร่วมฯกับมูลนิธิแสงสิทธิการ(เพื่อคุณภาพชีวิต) มี นพ.อมร นนทสุต เป็นประธานมูลนิธิ จึงร่วมกันดำเนินโครงการสนับสนุนและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยใช้แผนที่ยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือในการพัฒนาศักยภาพกองทุน ซึ่งปัจจุบันมีกองทุนฯเข้าร่วมโครงการนี้แล้ว 48 แห่งและคาดว่ากองทุนทั้ง 48 แห่งนี้จะเป็ต้นแบบในการใช้แผนที่ยุทธศาสตร์สำหรับกองทุนอีก 48 แห่งที่จะเรียนรู้ตามมาของโครงการนี้รวมทั้งอาจเป็นโอกาสในการขยายพื้นที่ให้มากขึ้นในปีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการติดตามเยี่ยม

1. เพื่อเยี่ยมชมการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลของพื้นที่ต้นแบบ
2. เพื่อดูความคืบหน้าของการใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานของกองทุน

พื้นที่การติดตามเยี่ยม ประกอบด้วย 10 กองทุน กระจายตามพื้นที่เขต สปสช. โดยพื้นที่ถูกคัดเลือกด้วยการสุ่มจากกองทุนที่ผ่านการอบรมแผนที่ยุทธศาสตร์ (ยกเว้น อบต.ท่าเยี่ยม แทนอบต.เนินมะกอก อ.บางมูลนาก, อบต.ป่าพะยอม แทน อบต.ทุ่งหวัง อ.เมือง สงขลา และเทศบาลหลังสวนแทน อบต.ไม้ขาว ภูเก็ต เหตุผลที่เขตขอเปลี่ยนพื้นที่เนื่องจากพื้นที่ไม่พร้อมให้การต้อนรับ)

ระยะเวลาของการติดตามเยี่ยม ระหว่างวันที่ 14 พฤศจิกายน – 29 ธันวาคม พ.ศ. 2551

ทีมติดตามเยี่ยม ประกอบด้วย ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และดร.มุกดา สำนวนกลาง เป็นหลัก และมี ศ.(พิเศษ)นพ.ไพจิตร ปวะบุตร ร่วมเยี่ยมพื้นที่ อบต.เหนือ กาฬสินธุ์ อบต.โพธิ์ไทร อุบลฯ และ อบต.ไทรย้อย พิชณุโลก

ผลการติดตามเยี่ยม

1. การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

ลักษณะพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ชนบท มีสองแห่งเป็นเขตเมือง และอีกหนึ่งแห่งเป็นกิ่งเมืองกิ่งชนบท ส่วนใหญ่ (6 พื้นที่) เป็น อบต.ขนาดเล็ก เป็นพื้นที่เทศบาลตำบล 3 แห่ง และ 1 แห่งเป็นเทศบาลเมือง พื้นที่อบต.มีประชากรตั้งแต่ 3 – 8 พันคน ยกเว้นหนึ่งแห่งมีประชากรหมื่นหนึ่ง ส่วนพื้นที่เทศบาลมีประชากรประมาณหมื่นคน ยกเว้นหนึ่งแห่งมีประชากรแฝงจำนวนมากเนื่องจากเป็นพื้นที่นิคมอุตสาหกรรม

ชุมชนโดยภาพรวมค่อนข้างเข้มแข็ง มีสามแห่งที่มีกองทุนที่ชาวบ้านร่วมสมทบ (อบต.เหนือภาพสินธุ์, เทศบาลตำบลไทรย้อย พิชณุโลก และ อบต.ท่าเยี่ยม พิจิตร) มีสองแห่งที่ผู้นำท้องถิ่นมีความเข้มแข็งมาก (นามะเฟือง หนองบัวลำภู และป่าพะยอม พัทลุง) มีการพัฒนาสุขภาพของประชาชนอย่างก้าวขวาง ทุกแห่งชุมชนมีส่วนร่วมโดยเฉพาะจากกลุ่มออม. มีการประชุมหมู่บ้านในการทำแผนทุกแห่ง บางแห่งมีสภาประชาชน และสภาเยาวชนร่วมด้วย

การเข้าร่วมกองทุนสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่เข้าร่วมตั้งแต่กองทุนรุ่นแรกในปี 2549 แต่มีสองแห่งที่เพิ่งเข้าร่วมในปี 51 (นามะเฟือง หนองบัวลำภู และเทศบาลเมืองหลังสวน)

การสมทบของท้องถิ่น ส่วนใหญ่สมทบให้มากกว่าหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด เหตุผลของการที่ท้องถิ่นสมทบมากกว่าที่กำหนดเนื่องจากเห็นความสำคัญของการพัฒนาสุขภาพประชาชน และงบกองทุนมีความคล่องตัวสูงกว่างบประมาณท้องถิ่น (เนื่องจากต้องใช้ตามระเบียบและไม่สามารถให้ชุมชนใช้ได้หน่วยงานต้องเป็นคนใช้เอง)

สำหรับพื้นที่อบต. ขนาดเล็กที่สมทบเงินเท่ากับหลักเกณฑ์ที่กำหนดมีข้อกังวลจาก นพ.สสจ. อุบลราชธานีว่า สมทบเท่ากับ 10% ของเงิน 37.5 บาท แต่ใช้สำหรับบริหารจัดการ 10% ของเงินทั้งหมด เท่ากับว่ามีเงินเหลือสำหรับการดำเนินการน้อยกว่า 37.5 บาท/หัว

กระบวนการจัดทำแผนงานโครงการของกองทุน ส่วนใหญ่อาศัยกระบวนการประชุมเพื่อหาปัญหาของหมู่บ้านต่าง นำมารวมกัน จัดกลุ่มและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อกำหนดเป็นแผนงานโครงการที่จะดำเนินการในปีนั้นๆ แต่ในแง่การเขียนโครงการส่วนใหญ่จะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้เขียน

ลักษณะโครงการ ในช่วงปีแรกหลายๆแห่งยังไม่ทราบหลักเกณฑ์การใช้งบประมาณ บางแห่งกองสาธารณสุขเป็นคนจัดทำโครงการเองโดยนำโครงการของท้องถิ่นมาวม บางแห่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นคนเขียนทั้งหมด แต่เมื่อทราบหลักเกณฑ์ชัดเจนขึ้นก็มีกระบวนการประชุมเพื่อให้ชาวบ้านและหน่วยงานต่างๆนำเสนอปัญหาร่วมกันของตำบลเพื่อกำหนดเป็นโครงการ ในขณะที่บางแห่งก็ให้หมู่บ้านเป็นคนเลือกโครงการที่เห็นว่าสำคัญหมู่บ้านละหนึ่งโครงการ

-การจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ มีการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ตามกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช. กำหนด อย่างไรก็ตามการดำเนินงานคงเป็นลักษณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเคยดำเนินการอยู่ตามปกติ แต่อาจมีสิ่งของแจกเพิ่มเติม เช่น ชุดของขวัญเด็กแรกเกิด ไม่ชัดเจนว่าความครอบคลุมในการให้บริการเพิ่มขึ้นหรือไม่

-การแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน มีการดำเนินงานในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับอาชีพ เช่น สารเคมีตกค้างในกลุ่มเกษตรกร อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ยังคงดำเนินการเพียงการตรวจคัดกรองหาสารเคมีตกค้าง ตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อ และการให้ความรู้ ขาดการวางแผนเพื่อการแก้ปัญหาอย่างรอบด้านและเบ็ดเสร็จ เช่น ขาดการกำหนดเป้าหมายเชิงรูปธรรมที่ต้องการลดการใช้สารเคมี และไม่มีการวัดผลในการดำเนินงาน

- การสนับสนุนหน่วยบริการ ส่วนใหญ่เป็นการหาวัสดุอุปกรณ์เพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการ เพื่อขยายศักยภาพในการให้บริการ

- การบริหารจัดการของกองทุน มีการใช้เงินสำหรับการประชุมคณะกรรมการ และการใช้สำหรับการพัฒนาศักยภาพของกรรมการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการและการดำเนินงานของกองทุน

ทั้งนี้สำหรับกองทุนที่ชาวบ้านมีส่วนร่วมสมทบ จะมีการดำเนินงานที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (ภาพสินธุ์) การให้สวัสดิการเฝ้าไข้ผู้ป่วยใน (พิษณุโลก) การร่วมจ่ายสมทบสำหรับการจัดบริการรถรับส่งผู้ป่วย เป็นต้น

การกำกับติดตาม ส่วนใหญ่มีคณะทำงานในการกำกับติดตาม โดยใช้การสอบถามความคิดเห็น และการตอบสนองของประชาชนเป็นหลักว่าพึงพอใจในโครงการต่างๆเพียงใด หากชาวบ้านให้การตอบรับดีก็คิดว่าประสบความสำเร็จและน่าจะดำเนินการต่อไป

ผลของการมีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล สำหรับในพื้นที่ต้นแบบที่ทำการติดตามเยี่ยมพบว่า

- ทำให้ท้องถิ่นและชุมชนมีข้อมูลด้านสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากเจ้าหน้าที่ต้องให้ข้อมูลเพื่อให้สามารถเสนอโครงการได้ อย่างไรก็ตามข้อจำกัดคือ ข้อมูลของเจ้าหน้าที่จะเป็นข้อมูลด้านการป่วยและตายเป็นหลัก มักขาดข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ทำให้โครงการอาจไม่หลากหลายเท่าที่ควร
- การมีกองทุนและมีข้อมูล ทำให้ชาวบ้าน หน่วยงานในชุมชนเช่นโรงเรียน และอปท. ตื่นตัวมากขึ้น มาสนับสนุน และร่วมดำเนินงานด้านสุขภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามในพื้นที่ที่ท้องถิ่นมีบทบาทด้านนี้สูงอยู่แล้ว (เช่น นามะเพือง และป่าพะยอม) ไม่ชัดเจนนักว่าเพิ่มความตื่นตัวได้เพียงใด
- ชุมชนมีบทบาทในการเสนอปัญหา โครงการ และร่วมดำเนินการแก้ปัญหาตรงตามความเห็นและความต้องการมากขึ้น แทนที่เมื่อก่อนจะเป็นโครงการที่สั่งมาจากข้างบนเป็นหลัก แม้ว่า

สรุปผลการติดตามเยี่ยมกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลต้นแบบที่ผ่านการอบรมแผนกยุทธศาสตร์

ตัวแทนชุมชนในบางพื้นที่จะเป็น อสม. เป็นหลัก แต่ทุกแห่งก็ให้ความเห็นในเรื่องนี้คล้ายๆกัน

- โครงการที่ชุมชนและชาวบ้านเสนอ มักมีมิติที่กว้างกว่ามิติทางการแพทย์และสาธารณสุข เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและพฤติกรรม และต้องการความร่วมมือในการแก้ไขจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะชุมชน ในขณะที่เจ้าหน้าที่อาจมีบทบาทด้านนี้ไม่มากนัก เช่น การใช้สารเคมีในเกษตร วัชรุ่นตึกกัน อบายมุข เหล้า เพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ปัญหาครอบครัว สุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ฯลฯ
- ในมุมมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีกองทุนทำให้มีคนมาช่วยทำงานด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น แต่เจ้าหน้าที่ก็ต้องเหนื่อยขึ้นในการทำงานลักษณะการประสานงานต่างๆ

2. การใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ในการทำงานของกองทุนฯ

ในทุกพื้นที่ที่มีการอบรมเรื่องการทำแผนที่ยุทธศาสตร์แก่กรรมการกองทุนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีรูปแบบการอบรมเป็นสองลักษณะใหญ่ๆ คือ การอบรมที่ศูนย์ ศช. และการอบรมในพื้นที่เลย ทั้งนี้ข้อมูลจากการพูดคุยพบว่า การอบรมในพื้นที่น่าจะมีประสิทธิผลมากกว่า เนื่องจากได้ลงมือทำกับของจริง ในขณะที่การอบรมที่ศูนย์ฯ นั้นแม้จะได้มีการทดลองทำแต่ทำกับเหตุการณ์สมมุติซึ่งขาดมิติของบริบทสำคัญๆ เหมือนทำเล่นมากกว่าไม่ได้เอาจริง

ในการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ ผู้ที่มีบทบาทในการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ มักผ่านการอบรมหลายรอบจากที่ต่างๆ อบรมรอบเดียวมักทำไม่ได้บอกว่ายากและไม่ค่อยเข้าใจ และต้องอาศัยวิทยากรจากศูนย์ ศช. และของจังหวัดไปช่วยในการจัดทำ

กระบวนการจัดทำแผนส่วนใหญ่ใช้กระบวนการประชาคมหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้าน และมีการนำปัญหาต่างๆมารวมกันและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา หรือเชิญตัวแทนแต่ละกลุ่มเป้าหมายมาร่วมในการจัดทำแผนรวมของกองทุน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำที่ไปอบรมแผนที่ยุทธศาสตร์และวิทยากรจากจังหวัดและศูนย์ฯมาช่วย

การกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล มีการกำหนดในสองลักษณะใหญ่ๆคือ (1) การกำหนดเป้าหมายเชิงกลไกและประชาชน เช่น ชุมชนมีบทบาทในการเสนอโครงการ ประชาชนมีสุขภาพดี ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ประชาชนมีสิ่งแวดล้อมที่ดี ฯลฯ และ (2) กำหนดเป้าหมายเชิงประเด็นของปัญหาสุขภาพ เช่น เบาหวานความดัน ไข้เลือดออก ทั้งนี้ในการกำหนดเป้าหมายในแบบหลังทำให้มีแผนที่ยุทธศาสตร์เฉพาะประเด็นปัญหาย่อยๆแต่ละปัญหา

การนำแผนที่ยุทธศาสตร์ไปใช้ เนื่องจากส่วนใหญ่เพิ่งมีการจัดทำแผนฯดังนั้นการนำไปใช้ยังไม่เห็น ขณะเดียวกันยังไม่เห็นแผนงาน/โครงการในการพัฒนาตามแผนที่ยุทธศาสตร์ที่เป็นรูปธรรมให้เห็น โครงการที่จะทำในปี 52 ส่วนใหญ่ยังเป็นเชิงประเด็นปัญหาสาธารณสุขเป็นหลัก

สรุปผลการติดตามเยี่ยมกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลต้นแบบที่ผ่านการอบรมแผนที่ยุทธศาสตร์

ข้อค้นพบที่สำคัญคือ กรรมการกองทุนทุกแห่งเห็นตรงกันว่า แผนที่ยุทธศาสตร์ทำให้เห็นเป้าหมายการพัฒนาและแผนที่ในการไปสู่เป้าหมายได้ชัดเจนขึ้น

3. บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอส่วนใหญ่ในช่วงสองปีแรกไม่ค่อยมีบทบาทในการติดตาม กำกับการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลเนื่องจาก สปสช. ติดต่อดirect กับ อบต. ทั้งในด้านการรับสมัครและสนับสนุนงบประมาณและการพัฒนา ดังนั้นบทบาทในการกำกับติดตามหลักจึงเป็น ของ สปสช. เขต อย่างไรก็ดีในช่วงหลัง สสจ. และ สสอ. ส่วนใหญ่มีบทบาทมากขึ้นเนื่องจากตระหนักถึงความสำคัญ ขณะเดียวกัน สปสช. เขตก็ไม่มีศักยภาพพอในการกำกับติดตามได้เองทั้งหมดเมื่อมีการขยายจำนวนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการมากขึ้น มีการสนับสนุนงบประมาณแก่จังหวัดในการกำกับติดตาม

มีบางจังหวัดที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทเข้มแข็งในการกำกับติดตาม เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สสจ. มีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดของการดำเนินงานกองทุนตำบล และมีบทบาทในการรับสมัครพิจารณาความพร้อมของท้องถิ่นในการเข้าร่วม และในช่วงหลังได้ให้ สสอ. มีบทบาทดังกล่าว ขณะเดียวกันจังหวัดก็มีบทบาทในการพิจารณาโครงการต่างๆที่กองทุนจะดำเนินการด้วย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ทำงานร่วมกับท้องถิ่นระดับจังหวัดและตำบลได้อย่างเข้มแข็ง มีกองทุนพัฒนาสาธารณสุขระดับจังหวัดโดยอบจ. สนับสนุนงบประมาณ ในการส่งเด็กไปเรียนพยาบาลเพื่อให้กลับมาทำงานในพื้นที่ ร่วมกับอบต. ทุกแห่งจัดบริการ EMS จัดอบรมวิทยากรกระบวนการแก่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทุกคนโดยใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ โดยผู้ตรวจราชการกระทรวง (นพ.นิทัศน์) สนับสนุน และมีการอบรมนักจัดการสุขภาพหมู่บ้านละ 10 คน ประกอบด้วย อสม. กรรมการหมู่บ้าน กรรมการกองทุน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ฝ่ายยุทธศาสตร์ได้เข้าร่วมเป็นกรรมการและผลักดันให้มีการอบรมเรื่องแผนที่ยุทธศาสตร์แก่กองทุนทุกแห่ง พร้อมทั้งอบรมวิทยากรระดับจังหวัด โดยใช้แบบ PP area based เนื่องจากไม่มีงบประมาณโดยตรงในการสนับสนุนจาก สปสช. รวมทั้งมีการประเมินผลกองทุนทั้งจังหวัดในปี 50-51 โดยทีมกรรมการติดตามประเมินของจังหวัด

4. ข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมติดตาม

4.1 การดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล

- เป้าหมายหลักของกองทุนสุขภาพตำบล คือสร้างความตระหนักของท้องถิ่นและชุมชน ให้เข้ามา มีบทบาทในการจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยกองทุน และแผนที่ยุทธศาสตร์ เป็นเครื่องมือในการทำงาน (รวมถึงเครื่องมืออื่นๆ) เป้าหมายสูงสุดควรเป็นการมีแผนพัฒนา

สรุปผลการติดตามเยี่ยมกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลต้นแบบที่ผ่านการอบรมแผนที่ยุทธศาสตร์

แผนงานร่วมฯ 14 พฤศจิกายน - 29 ธันวาคม พ.ศ. 2551

ชุมชนที่คำนึงถึงสุขภาวะของประชาชนเป็นหลัก โดยท้องถิ่นและชุมชนมีบทบาทหลักในการจัดการภายใต้การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สธ.

- ท้องถิ่นและชุมชนมีบทบาทร่วมได้มากหากเป็นเรื่องสุขภาวะที่มีใช้การจัดบริการสุขภาพ เนื่องจากสามารถแก้ไขได้ด้วยชุมชนเองและไม่ต้องใช้องค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการแพทย์ และสาธารณสุขแต่ใช้มาตรการด้านชุมชนและสังคมเป็นหลักในการจัดการแก้ไข
- การจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ควรเน้นการจัดบริการเชิงรุกแก่กลุ่มที่ปกติเข้าไม่ถึงบริการเป็นหลัก เพื่อให้ครอบคลุมของบริการเพิ่มขึ้น ไม่น่าจะเป็นการจัดบริการทั่วไปซึ่งปกติกลุ่มนี้ก็มารับบริการอยู่แล้ว เช่น จัดบริการเชิงรุกพร้อมทั้งมีมาตรการส่งเสริมต่างๆ เพื่อเพิ่มครอบคลุมของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การจัดบริการแก่กลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพในชุมชนซึ่งไม่สามารถมารับบริการในสถานพยาบาลได้ เป็นต้น
- การดำเนินงานแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน ควรเป็นการดำเนินแบบครบวงจร มีการกำหนดเป้าหมายที่เป็นรูปธรรมสามารถวัดได้ และมีมาตรการทั้งในด้านสาธารณสุขและสังคมในการแก้ปัญหาโดยท้องถิ่นและชุมชนมีบทบาทหลักในการดำเนินงานและเจ้าหน้าที่สนับสนุน เช่น เรื่อง การปนเปื้อนสารเคมีเกษตร ควรดำเนินการแบบครบวงจรตั้งแต่ทำอะไรจะลดการใช้ได้ ไม่ควรทำเพียงเรื่องการตรวจคัดกรองและให้สุขศึกษา หรือเรื่องเบาหวาน จะอย่างไรให้ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต่อนอกจากการตรวจคัดกรอง หรือการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำอย่างไรจะให้เกิดความรักสามัคคีในชุมชน เป็นต้น
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอเป็นกลไกสำคัญในพื้นที่ในการสนับสนุนและกำกับติดตามการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล เนื่องจากมีศักยภาพและความพร้อมมากกว่า สปสช.เขต ขณะเดียวกันก็ต้องการบูรณาการการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่ ดังนั้นต้องไม่ละเลยหรือมองข้าม พร้อมกันนั้นควรต้องมีการทำความเข้าใจและพัฒนาความพร้อมในการบริหารการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- ความสำเร็จของกองทุนขึ้นกับ ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ และชุมชนเป็นหลัก ดังนั้นต้องมีการพัฒนาทั้งสามภาคส่วนให้มีความเข้มแข็ง
 - ท้องถิ่นควรต้องให้ความสนใจในเรื่องเป้าหมายของกองทุนที่เน้นสุขภาวะของชุมชน ซึ่งเป็นสุขภาพในมิติที่กว้าง จะทำให้ท้องถิ่นมองเห็นโอกาสและการดำเนินงานด้านนี้ที่กว้างขึ้นไป และสามารถสนับสนุนการทำงานกองทุนได้ดีขึ้น เช่น การขยายบทบาทของกองทุนไปทำเรื่องสุขภาวะผู้สูงอายุ และดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและไม่มีคนดูแลในชุมชน การดูแลสุขภาพของผู้พิการ รวมถึงกลุ่มด้อยโอกาสต่างๆ ในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ใ้การดำเนินการลักษณะดังกล่าวจำเป็นต้องมีงบประมาณมากกว่าที่เป็นอยู่ ทั้งนี้หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (เช่น พม.) อาจมาร่วมสมทบด้วยเพื่อให้สามารถทำงานได้รอบด้านขึ้น

สรุปผลการติดตามเยี่ยมกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลต้นแบบที่ผ่านการอบรมแผนที่ยุทธศาสตร์

แผนงานร่วมฯ 14 พฤศจิกายน - 29 ธันวาคม พ.ศ. 2551

- เจ้าหน้าที่ต้องพัฒนาศักยภาพในการเป็นวิทยากรกระบวนการ เนื่องจากการแก้ปัญหา
สุขภาวนั้นไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยมาตรการด้านสาธารณสุข แต่จำเป็นต้องอาศัย
มาตรการด้านสังคมซึ่งหน่วยงานอื่นและท้องถิ่นรวมถึงชุมชนสามารถมีบทบาทหลักใน
การจัดการเรื่องดังกล่าว ดังนั้นเจ้าหน้าที่ต้องปรับกระบวนการทัศนและวิธีการทำงานให้
เหมาะสม
- ชุมชนที่เข้มแข็งจะทำให้สามารถทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่นได้อย่างดีเยี่ยมกัน จะเป็น
กลไกสำคัญในบริบทของการกระจายอำนาจ ทั้งนี้การพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งจะต้อง
อาศัยกลยุทธ์หลายอย่างร่วมกัน นอกเหนือจากต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่ของชุมชนเอง
พบว่า การมีกองทุน ทำให้ชุมชนมีข้อมูลด้านสุขภาพ (แม้จะยังจำกัดอยู่เฉพาะเรื่องโรค)
แผนที่ยุทธศาสตร์ก็ทำให้เห็นเป้าหมายร่วมกัน ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น
นอกจากนั้นแล้วอาจจำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มของชุมชน สนับสนุนจิตอาสา
การใช้ผังเครือญาติในชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฯลฯ

4.2 การใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานกองทุนฯ

- การอบรมแผนที่ยุทธศาสตร์ ควรดำเนินการในพื้นที่จริง และต้องมีการลงมือทำจริง เพื่อให้เข้าใจ
ได้ง่ายขึ้นและควรใช้ภาษาที่ง่ายไม่เป็นเชิงวิชาการมากเกินไป
- การดำเนินงานเรื่องแผนที่ยุทธศาสตร์ของกองทุน ส่วนใหญ่บทบาทหลักอยู่ที่กลุ่มงานประกัน
ของ สสจ. ทั้งๆที่กลุ่มงานภาคประชาชนเข้ามามีบทบาทหลักในการสร้างความเข้มแข็งของ
ชุมชน ส่วนใหญ่กลุ่มงานภาคประชาชนมีเพียงบทบาทเสริม ในขณะที่กลุ่มงานยุทธศาสตร์ของ
จังหวัดมีบทบาทหลักในการทำแผนที่ยุทธศาสตร์และอยู่ใกล้แหล่งงบประมาณสามารถดึง
งบประมาณจากภาคส่วนอื่นเช่น งบจังหวัดมาสนับสนุนได้ ดังนั้นหากกระทรวงมีนโยบายจะให้
การใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ควรให้กลุ่มงานยุทธศาสตร์ของจังหวัดเข้ามามีบทบาทหลักด้านนี้ร่วมกับ
งานภาคประชาชนและงานประกัน
- ควรมีการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดและอำเภอเป็นวิทยากรกระบวนการในการจัดทำ
แผนที่ยุทธศาสตร์ เพื่อให้สามารถสนับสนุนการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ของกองทุนทุกแห่งได้
ทั้งนี้หากจะอบรมให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นวิทยากรกระบวนการทุกคนก็เป็นสิ่งที่ดี อย่างไรก็ตาม
ก็ดีในการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ควรมีวิทยากรกลางของอำเภอในการสนับสนุนเพื่อให้มี
มาตรฐานในการจัดทำ (ข้อสังเกตคือหากให้ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแต่ละแห่งไปดำเนินการเอง
อาจมีปัญหาด้านคุณภาพของแผนฯ)
- การอบรมควรแบ่งเป็นระยะ เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ที่สามารถจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ได้มักต้อง
ผ่านการอบรมหลายรอบ ดังนั้นเพื่อให้สามารถดำเนินการได้ควรแบ่งการอบรมเป็นระยะๆเพื่อให้
มีเวลาในการจัดทำแผนที่ได้อย่างเต็มที่

สรุปผลการติดตามเยี่ยมกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลต้นแบบที่ผ่านการอบรมแผนที่ยุทธศาสตร์

- ควรเห็นการนำแผนที่ยุทธศาสตร์ไปใช้ โดยให้มีแผนงาน/โครงการรองรับพร้อมทั้งมีผู้รับผิดชอบแต่ละกล่องอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานตามแผนที่ยุทธศาสตร์จำเป็นต้องใช้งบประมาณค่อนข้างมาก โดยเฉพาะที่ สปสช.สนับสนุนและที่สมทบตามเกณฑ์นั้นอาจไม่พอในการดำเนินงาน และหลายเรื่องก็อาจเกินขอบเขตของหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด อย่างไรก็ตามจากการพูดคุยกับท้องถิ่นหลายแห่งก็เห็นตรงกันว่า หากมองสุขภาพในมิติที่กว้างเป็นเรื่องสุขภาพแล้ว แผนที่ยุทธศาสตร์ของกองทุนฯคล้ายคลึงกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านมาก ดังนั้นหากจะให้ดำเนินการได้ตามแผนที่ท้องถิ่นจำเป็นต้องสนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้น

สรุปข้อมูลเบื้องต้นกองทุนสุขภาพตำบล

กองทุน	บ้านกลาง	บ้านแก้ง	เหนือ	โพธิ์ไทร	ไทรน้อย
ที่ตั้ง	อ เมือง จ ลำพูน	อ เฉลิมพระเกียรติ จ. สระบุรี	อ เมือง จ กาฬสินธุ์	อ พิบูลมังสาหาร จ อุบลราชธานี	อ เนินมะปราง จ พิจิตรโลก
สปสช.เขต	เชียงใหม่	สระบุรี	สกลนคร-ขอนแก่น	อุบลราชธานี	พิจิตรโลก
วันที่เยี่ยม	14/11/08	17/11/08	18/11/08	19/11/08	24/11/08
ลักษณะพื้นที่	นิคมอุตสาหกรรม	ชนบท	ชนบท มีกองทุนแก้ปัญหาโรค เอดส์ กองทุน 2 บาท	ชนบท	ชนบท ชาวบ้านร่วมสมทบ กองทุน 2-3 บาท/คน/เดือน
อปท.	เทศบาลตำบล	อบต.เล็ก	อบต.เล็ก	อบต. กลาง	เทศบาลตำบล
จน.หมู่บ้าน	12		12	19+1	17
จน.ปชก.	9 พัน ปชก.แฝง 5 หมื่น	3,218	7,512	11,444	8,698
งบ สปสช.	3.38 แสน	1.17 แสน		4.3 แสน	3 แสนเศษ
งบ อปท.	1.15-1.6 แสน (35-50%)	49-50 สมทบ 10% ปี 51 45%		20%	
การบริหารงบ	บริหาร 10% ถูกเงิน 10% แก้ปัญหา 80% ปี 51 บริหาร 10% สิทธิ ประโยชน์ 50% กิจกรรมชุมชน 30% สนับสนุนสอ. 10%			-สิทธิประโยชน์และส่งเสริม สุขภาพ 73.5% -สนับสนุนหน่วยบริการ 16.5% -บริหารจัดการ 10%	
การเสนอ โครงการ	เดือนละครั้ง จนท.และ สาธารณสุขเทศบาลเป็นหลัก	เดิมจนท.เป็นตัวหลัก ต่อมา การทำประชาคมหมู่บ้าน	ประชาคมหมู่บ้าน	เจ้าหน้าที่เป็นผู้เสนอเป็นหลัก โดยมีกระบวนการประชาคมเพื่อ หาปัญหาของชุมชน	หน่วยงานและภาคีต่างๆโดย การประชาคม มีปราชญ์ ชาวบ้าน 100+ แผนจัดกลุ่ม ได้ 44 คัดเหลือ 15 ตามหลัก เกณฑ์กองทุน สอดรับแผนยุทธศาสตร์/ ปัญหาสุขภาพพื้นที่
การอนุมัติ โครงการ	คณะกรรมการ	คณะกรรมการ	คณะกรรมการ	คณะกรรมการ	

กองทุน	บ้านกลาง	บ้านแก้ง	เหนือ	โพธิ์ไทร	ไทรน้อย
ประเภทโครงการ	ส่วนใหญ่เป็นโครงการสร. ปี 49-50 มีโครงการดังนี้ -ชมรมสร้างสุขภาพ -ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ -วันรวมใจต้านภัยเอดส์ -ควบคุมป้องกันไข้เลือดออก -ควบคุมป้องกันโรคสัตว์ -อาสาสมัคร -ออกกำลังกาย -อุดหนุนชมรมสร้างสุขภาพ -พัฒนาศักยภาพ อสม. -อบรมทีมไข้หวัดนก -เฝ้าระวังโรคซิกา	49-50 เน้น DM/HT สารปนเปื้อน อบรมทีมสุขภาพหมู่บ้าน ศูนย์ป้องกันอุบัติเหตุ อบรมร้านค้า ปี 51 มี 7 โครงการ - เติบวัย -ตรวจคัดกรองDM -ปรับพฤติกรรมผู้ป่วยDM -แม่ลูกสดใส (ANC/ ทันท/ โภชนาการ ทำใน 8 หมู่) -แวนกลุ่มผู้สูงอายุ -ตรวจคัดกรอง HT -พัฒนาศักยภาพกองทุนโดยใช้แผนที่ยุทธศาสตร์	ปีแรกเน้น EMS, อบรม อสม. ออกกำลังกาย ปี 51 -ติดตามการทำงาน อสม. -แข่งขันกีฬาผู้สูงอายุ -ค่ายครอบครัวอบอุ่น -รับขวัญสมาชิกใหม่ อบรม อพปร. เฝ้าระวังไข้หวัดนกและพิษสุนัขบ้า -ตรวจสุขภาพ ปี 52 -เบาหวานความดัน 2 -ไข้เลือดออก 5 -ลดสารเคมีเกษตร 1 -ออกกำลังกาย 3 -สวนสุขภาพ 1	ปี 50 -โครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวช -ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน วัยเรียน -หญิงมีครรภ์ -แปรงฟันในโรงเรียน -สารปนเปื้อน -ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมสร้างสุขภาพ -อบรมกลุ่มเป้าหมายต่างๆ -ตรวจสารเคมีปนเปื้อน -ตรวจมะเร็งปากมดลูก ปี 51 -ดูแลหญิงมีครรภ์ ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน วัยรุ่น ผู้สูงอายุ -คู่มือหวาน ปรับพฤติกรรม -ตรวจมะเร็งปากมดลูก -ชมรมสร้างเสริมสุขภาพ -การแพทย์ฉุกเฉิน -อบรมศักยภาพอบต -ออกกำลังกาย	ปี 50 -จัดการบุคลากรเพิ่ม -คัดกรองเบาหวาน/ความดัน -บริหารจัดการกองทุน -จ่ายชดเชยนอน รพ. -ชุดปฐมพยาบาล/ยาสามัญ ปี 51 -ตรวจคัดกรองมะเร็ง DM HT -อนามัยแม่และเด็ก 0-5 ปี -แพทย์แผนไทย -พัฒนาศักยภาพการส่งต่อ -บ้านนาอยู่ ชุมชนน่าอาศัย -ชดเชยการเผาไหม้ ปี 51 -สายใยรักครอบครัวอบอุ่น -อย./ อสม.น้อย -ชุดสิทธิประโยชน์วัยทำงาน -บ้านนาอยู่ชุมชนน่าอาศัย -แผนไทย /-ออกกำลังกาย -โรงเรียน (ชุดปฐมพยาบาล เหา พัน ตักตักน้ำเย็น) -ชดเชยเผาไหม้ -พัฒนาระบบบริการ -พัฒนาระบบการส่งต่อ

กองทุน	บ้านกลาง	บ้านแก้ง	เหนือ	โพธิ์ไทร	ไทรน้อย
การติดตามประเมิน	เดือนละครึ่งโดยคกก.	เดือนละครึ่ง			เดือนละครึ่ง
ผลกองทุนตำบล		-การประสานงานและทำงานร่วมกันระหว่าง จนท. อสม. และท้องถิ่นมีมากขึ้น -มีคนมาช่วยกันทำงานมากขึ้น ชาวบ้านตระหนักมากขึ้น		ชาวบ้านตระหนักในเรื่องสุขภาพมากขึ้น -มีภาคีเครือข่ายมาทำงานมากขึ้น ประสานงานกันดีขึ้น	-รับรู้ข้อมูล ตระหนักมากขึ้น -มีความเป็นเจ้าของ -ชาวบ้านมีบทบาทในการเสนอโครงการ -เริ่มแรกจนท.เป็นคนดำเนินงานทั้งหมด กก.มีบทบาทเพียงติดตาม ปีนี้ให้หน่วยงานต่างๆร่วมดำเนินงาน เช่น รร. กรรมการกองทุน ชมรมอสม.
การอบรมแผนที่ยุทธศาสตร์	อบรมที่ สช. นครสวรรค์/ อบรมที่เชียงใหม่	อบรมที่อยุธยา/และในพื้นที่บ้านแก้งอีกครั้ง	4 คนไปอบรมที่มุกดาหารสามวัน	3 คนไปอบรมที่อำนาจเจริญ	4 คนไปอบรมที่นครสวรรค์
กระบวนการจัดทำแผนที่	ทำประชาคมรายหมู่บ้าน	ทำประชาคมรายหมู่	ทำในระดับหมู่บ้านทั้ง 12 หมู่ มีโครงการเสนอมา 42 โครงการสุดท้ายคัดเลือกให้หมู่บ้านละ 1 โครงการ	สสจ.มาช่วย จัดทำ mind map โดยใช้กลุ่มเป้าหมายมาจัดกลุ่ม	วิทยากรนครสวรรค์/จังหวัดมาช่วย ทำกับกลุ่มภาคีเครือข่ายสาธารณสุข ประชาคม ทำได้ 5 ขั้นตอน
ปัญหาสุขภาพสำคัญ	โรคไม่ติดต่อ/ อุบัติเหตุ/ ไข้เลือดออก/ ยาเสพติด/ สุขภาพจิต	ความดัน/ เบาหวาน/ สารปนเปื้อน			-มะเร็งทุกชนิด -ไข้เลือดออก -ความดัน/เบาหวาน -ฆ่าตัวตาย
เป้าหมายในแผนที่ยุทธศาสตร์	-ปชช. จัดทำแผนได้เอง -ปชช.ได้รับบริการสุขภาพที่ดี	-ปชช.สุขภาพดี -เกษตรกรเอื้อต่อสุขภาพ	เป็นของแต่ละหมู่บ้าน เน้นเชิงประเด็นปัญหาสาธารณสุขเป็น	-โครงการพัฒนาสอดคล้องกับความต้องการประชาชน	-ปชช.ดูแลสุขภาพตนเองได้ -ปชช. เสนอโครงการ การ

กองทุน	บ้านกลาง	บ้านแก้ง	เหนือ	โพธิ์ไทร	ไทรน้อย
	-ปชช.มีโครงการแก้ปัญหา ต่อเนื่อง	-ชุมชนปลอดภัย -สภาพแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ -ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น -ปชช.เฝ้าระวังและป้องกันโรค เรื้อรัง -มีเยาวชนร่วมกิจกรรม	หลัก	-ปชช.มีความรู้ทักษะในกาดูแลสุขภาพ -มีระบบบริการสุขภาพที่ดี -ปชช.มีสุขภาพแข็งแรง -ปชช.มีส่วนร่วม	ตรวจสอบ ประเมินผล -ปชช.เป็นเจ้าของกองทุน
การนำไปใช้	เพิ่งจัดทำ	?	ใช้ทำโครงการเชิงประเด็น	เพิ่งจัดทำโครงการ ทำได้เพียง ขั้นที่ 1-4	ทำแผนได้ขั้นที่ 5 ทำให้ทิศ ทางการพัฒนาชัดเจน การ ประสานงานง่ายขึ้น
บทบาท สสจ.	งานประกัน/ มีการติดตาม ประเมินทุกกองทุน	งานประกันเป็นหลัก/ สสจ. กลางๆ/ มีสามอำเภอที่ สสจ. เป็นฝ่ายรุก/ ไม่มีนโยบายหลัก ในการติดตาม	-กองทุนสุขภาพจังหวัดโดย อบจ.สนับสนุน ส่งเด็กไปเรียน พยาบาล ตั้งแต่ปี 47 -จังหวัดร่วมกับอบต.ทุกแห่งทำ เรื่อง EMS -อบรมนักจัดการสุขภาพ หมู่บ้านละ 10 คน (อสม. อบต. กรรมการหมู่บ้าน เดือนกย.51 -อบรมหาวิทยาลัยกระบวนการทั้ง จังหวัด ใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ใน การวางแผน	สสจ.มีบทบาทเข้มแข็ง โดยเป็นผู้ พิจารณาการรับกองทุนเข้าร่วม และเป็นผู้พิจารณาโครงการที่ กองทุนดำเนินการ และสนับสนุน การจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ -ตัวชี้วัดการบริหารกองทุน 4 ข้อ มีการประชุมอย่างน้อย 2 เดือน/ ครั้ง มีแผน กำหนดหลักเกณฑ์ การบริหารบ มีสรุปผลการ ดำเนินงานปีละ 2 ครั้ง -ตัวชี้วัดดำเนินงาน 7 ข้อ การตรวจ สุขภาพ เยี่ยมบ้าน ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม หมู่บ้านจัดการ สุขภาพ แผงลอย ศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	-ยังไม่มีการพัฒนาวิทยากร ระดับจังหวัด -จังหวัดติดตามเองทั้งหมดไม่ ไหวตั้ง กก. ระดับอำเภอ -ไม่มีตัวชี้วัดในเรื่องกองทุน. -ไม่มีผลกระทบด้านลบ กิจกรรมต่างๆยังเหมือนเดิม -กรณีไม่มีโครงการตาม ตัวชี้วัดของจังหวัดก็ใช้เงิน CUP แทน

กองทุน	บ้านกลาง	บ้านแก้ง	เหนือ	โพธิ์ไทร	ไทรน้อย
บทบาท สสอ.	ไม่ค่อยมีบทบาท	ไม่ค่อยให้การสนับสนุน ไม่มีบทบาท	?	เป็นแขนขาของสสจ.ในการสนับสนุนและตรวจสอบ	มีการตั้งคณะกรรมการติดตาม 5 คนจากตัวแทนส่วนต่างๆ
บทบาท สปสช.	จำกัด	สนับสนุนการอบรมวิทยากร จังหวัด	เขตติดตามกำกับเองในช่วงสองปีแรก	สนับสนุนงบ	สนับสนุนงบ การอบรมวิทยากร

สรุปข้อมูลเบื้องต้นกองทุนสุขภาพตำบล

กองทุน	วังใหม่	นามะเพือง	ท่าเยี่ยม	ป่าพะยอม	หลังสวน
ที่ตั้ง	อ.นายายอาม จ.จันทบุรี	อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู	อ.สากเหล็ก จ.พิจิตร	อ.ป่าพะยอม จ.พัทลุง	อ.หลังสวน จ.ชุมพร
สปสช.เขต	ระยอง	สกลนคร	นครสวรรค์	สงขลา	สุราษฎร์ธานี
วันที่เยี่ยม	25/11/08	26/11/08	01/12/08	08/12/08	29/12/08
ลักษณะพื้นที่	ชนบท	มีทั้ง เทศบาลและอบต. ปชก. รวมหมื่นกว่า มีสอ.แห่งเดียว จนท.4 คน อสม. 164 ชุมชน เข้มแข็งเริ่มจากมีไข้เลือดออก ระบาด 45-46 ปี 47 เกิด โครงสร้างผู้นำภาคประชาชน ชัดเจน มีระบบเฝ้าระวัง สุขภาพชุมชน ประชุมเดือนละ 2 ครั้ง มีการใช้เครื่องมือเรียนรู้ ชุมชนหลายชั้น เช่น ผังเครือญาติ แผนที่เดินดิน ประวัติศาสตร์ชุมชน ปฏิทินชุมชน การวิจัยชุมชน มีสภาเด็กและเยาวชน ชมรม แก่ปัญหาเหล่า เครือข่าย สายใยรักครอบครัว ได้รางวัล ตำบลปลอดลูกน้ำยุงลาย ตลาดดีมีมาตรฐาน ศูนย์เด็กเล็ก LDI award เทศบาลน้อยอยู่	-ชนบท ปชช.ร้อยละ 70 เป็น กลุ่มเสี่ยงมีสารเคมีตกค้างใน เลือด -ชุมชนเข้มแข็ง มีสภาเด็กและ เยาวชน มีกิจกรรมที่เด็กเป็นคนคิดและทำกันเอง -ชาวบ้านมีการสมทบเงิน สำหรับเรื่อง EMS	ชนบท	เขตเมือง

กองทุน	วังใหม่	นามะเฟือง	ท่าเยี่ยม	ป่าพะยอม	หลังสวน
อปท.	อบต. (นายกเป็นกรรมการ สปช.ในการพิจารณา คัดเลือกพื้นที่ทำกองทุน)	เทศบาลตำบล ปี 42 มีวัดศรี สะเกวซึ่งเป็นวัดอารามหลวง และมีเจ้าคณะจังหวัดเป็นเจ้า อาวาส มีศูนย์เด็กเล็กต้นแบบ ของจังหวัด ปีนี้กำหนด นโยบายสาธารณะให้ ประชาชนมีบทบาทจัดสรร งบประมาณ เข้ากองทุนปี 51	อบต. ขนาดกลาง -มีแผนพัฒนาตำบลสามปี โดย ใช้กระบวนการประชาคม	อบต. -มีแผนพัฒนาตำบลสามปี ปี 47 เน้นเกษตรก้าวหน้า การศึกษาก้าว ไกล ปี 51-52 นโยบายสุขภาพดี ถ้วนหน้า การศึกษาก้าวไกล เสริม สายใยภูมิปัญญาชีวิต พัฒนา เศรษฐกิจพอเพียง	เทศบาลเมือง
จน.หมู่บ้าน	10 หมู่	5 ชุมชนในเทศบาล (12 หมู่บ้านทั้งตำบล)	6 หมู่บ้าน	7 หมู่บ้าน	16 ชุมชน
จน.ปชก.	5,526	4,385	3,699	~5,000	12,294
งบ สปช.	~2 แสน		~ 1 แสนต่อปี	~2 แสน	4.2 แสน
งบ อปท.	ปี 50 50%, ปี 51 100%		ปี 50 2 แสน ปี 51 1.7 แสน ปี 52 1.8 แสน <u>มีสมทบจากชาวบ้าน ครอบครั ละ 400 บาทสำหรับใช้รถ EMS</u>	~ 5 หมื่น	เพิ่งเข้าร่วมปี 51 สมทบ 50%
การบริหารงบ	-มีคณะทำงานการเงิน/ข้อมูล และแผน/ กำกับติดตาม	-สิทธิประโยชน์ 40% -ส่งเสริมสุขภาพ 35% -สนับสนุนหน่วยบริการ 15% -บริหารจัดการ 10%	-สิทธิประโยชน์ 12% -ส่งเสริมสุขภาพ 45% -สนับสนุนหน่วยบริการ 26% -บริหารจัดการ 16%		-สิทธิประโยชน์ 30% -ส่งเสริมสุขภาพ 25% -สนับสนุนหน่วยบริการ 35% -บริหารจัดการ 10%
การเสนอ โครงการ		ประชาคมและศูนย์สุขภาพ ภาคประชาชน จนท.	ประชาคม และเจ้าหน้าที่เป็น คนเขียน	มีทั้งชุมชน รพ. กองทุนร่วมเสนอ โครงการโดยมีน.ส.ม.ทักษิณมาช่วย	ยังคงเป็นกองสาธารณสุขเป็น หลัก และชมรมอสม.
การอนุมัติ โครงการ		กรรมการกองทุน ภาค ประชาชน	คณะกรรมการ	คณะกรรมการ	คณะกรรมการกองทุน/นายก

กองทุน	วังใหม่	นามะเฟือง	ท่าเยี่ยม	ป่าพะยอม	หลังสวน
ประเภทโครงการ	ปี 50 -พัฒนาชมรมออกกำลังกาย -พัฒนาการขึ้นทะเบียน UC -รณรงค์ใช้เลือดออก -ประกวดบ้านปลอดลูกน้ำยุง -ตรวจสอบสารเคมีตกค้างในเลือด -ติดตามเยี่ยมผู้พิการ -แปลงสาธิตสมุนไพร (ทีมสุขภาพ) -ตรวจคัดกรองมะเร็ง (สสอ.) -แปลงสาธิตผักปลอดสารพิษ (อบต.) -วัคซีนพิษสุนัขบ้า (อบต.) ปี 51 -คัดกรองเบาหวาน/ความดัน -สุขภาพภาคประชาชน (อสม) -ไข้มาลาเรีย -เครื่องเสียงแอโรบิคส์ -อุปกรณ์สนามเด็กเล่น รร.	เดิมมีกองทุนอยู่แล้วได้รับสนับสนุนจากเทศบาลและ อบต. รวมทั้งบุดหนุนอสม. แทบจะไม่ได้ใช้งบกองทุน เพิ่งโอนมาเดือน กรกฎาคม โครงการเทศบาล 52-54 -ออกกำลังกาย -สุขภาพดีเริ่มที่อาหาร -สุขภาพิบาลครัวเรือน -ซ่อมแซมตลาดสด -ส่งเสริมกิจกรรมอสม. -แม่ตัวอย่าง -อบรมผู้นำนักเรียน -อบรมผู้ประกอบการ -กองทุนประกันสุขภาพ -สุขภาพดีถ้วนหน้า -คลินิกเคลื่อนที่ -อบรมฟื้นฟูความรู้อสม. -สนับสนุน สอ. -ส่งเสริม นวด /แพทย์แผนไทย -ป้องกันโรคติดต่อ เอชส์/ ไข้เลือดออก โรคติดต่อจากสัตว์ ฟอนหมอกควัน ตู๋เย็น เก็บวัคซีน เฝ้าระวังโรค	ปี 51 -ตลาดนัดสุขภาพ -ฟื้นฟูศักยภาพหน่วยกู้ชีพ -คนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่ -เครือข่ายสร้างชีวิตสดใส ใส่ใจสุขภาพ -ดูแลถึงบ้าน หญิงมีครรภ์ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส -ป้ายปชส. EMS -พัฒนาการ IQ/EQ เด็ก ปี 52 -การพัฒนา IQ/EQ เด็ก โดยพัฒนาครูพี่เลี้ยง -โครงการแปรงฟัน -ทาลีสซีเมียหญิงมีครรภ์และเยี่ยมบ้าน -6-25 ปี ออกกำลังกาย เอชส์ อุบัติเหตุ เพศสัมพันธ์ อนามัยชาย ภัยทักษะชีวิต ครอบครัวอบอุ่น อย.น้อย -25 ปีขึ้นไป ออกกำลังกาย ตลาดนัดสุขภาพ คลินิกวัยทอง เคาะประตูป้องกันโรคมะเร็ง ศูนย์กู้ชีพ ผู้นำชุมชนตัวอย่าง	-ไข้เลือดออกร่วมกับโรงเรียน -ทันตสุขภาพในโรงเรียน -ปชส. ปลูกสมุนไพรในครัวเรือน -ลดภาวะอ้วนในเด็ก ลดของขบเคี้ยว -พืชิตพุงลดอ้วน ใช้อสม.เป็นต้นแบบ -ตรวจคัดกรอง DM/HT -หาแว่นอันใหม่ให้น้อง สาบานตนจะไม่ดื่มน้ำอัดลม ของขบเคี้ยว -ประกวดปั่นโตเพื่อสุขภาพ -พัฒนาศักยภาพกรรมการ -ประชาคมหมู่บ้าน	-คัดกรองเบาหวานความดัน -คัดกรองมะเร็งปากมดลูก -คัดกรองมะเร็งเต้านม -สนับสนุนหน่วยบริการ (แฟ้มครอบครัว) -ออกกำลังกาย -แผนที่ยุทธศาสตร์ -พัฒนาศักยภาพอสม. -เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

กองทุน	วังใหม่	นามะเฟือง	ท่าเยี่ยม	ป่าพะยอม	หลังสวน
			(อดเหล้าเข้าพรรษา) -ฟื้นฟูผู้พิการ แพทย์แผนไทย -ศูนย์เรียนรู้โรคเรื้อรัง -ผู้สูงอายุ ตรวจสุขภาพ ประกวดผู้สูงอายุสุขภาพดี -ศูนย์ข้อมูลชุมชน - PCU บริการแบบองค์รวม		
การติดตาม ประเมิน	มีคณะทำงานติดตาม		คณะทำงานติดตามประเมินผล ใช้ความเห็นชาวบ้านเป็นหลัก		มีคณะอนุกรรมการติดตาม ประเมิน
ผลของการมี กองทุน	-การมีส่วนร่วม มีเครือข่าย ชาวบ้านตื่นตัวมากขึ้น -ทุกภาคีมีส่วนร่วมในการ จัดทำแผน -CUP ให้มาใช้เงินของกองทุน -เริ่มให้มีการสมทบจาก ชาวบ้านแต่ยังไม่มีแผนชัดเจน	ไม่ชัดเนื่องจากเดิมมีกองทุนที่ เทศบาล/อบต.สนับสนุนอยู่ ก่อนแล้ว ยังไม่มีการใช้เงิน เท่าใด	ชาวบ้านและอปท.ตื่นตัวมาก ขึ้นจากการจัดตลาดนัดสุขภาพ - CUP ให้ใช้เงินตรงนี้ทั้งหมด สำหรับ PP -อบต.สนับสนุนงานด้านสุข ภาวะเพิ่มมากขึ้น -บริการทั่วถึงมากขึ้น		
การอบรมแผนที่ ยุทธศาสตร์	อบรมในพื้นที่สองรอบ (อบต. มีแผนพัฒนาตำบลสามปีอยู่ แล้ว)	อบรมที่หนองคาย	อบรมที่นครสวรรค์และที่แม่สะ เมิง มีเจ้าหน้าที่สจ.ประมาณ 20 คนไปร่วมด้วย	เริ่มทำปี 49 พร้อมๆกับการมี กองทุน ทีม.อ.อมรลงมาช่วยทำ	มีที่มหาวิทยาลัย ศษ. /เขต/ และอ.อมร อบรมสองรอบ อบรมในพื้นที่จริงและลงมือ ปฏิบัติ
กระบวนการ จัดทำแผนที่	ทำแยกตามกลุ่มเป้าหมาย เน้นเชิงประเด็น	มีการจัดทำสามรอบ เดิมมีการ ทำแผนพัฒนาชุมชนอยู่แล้ว แผนที่ยุทธศาสตร์ทำให้	คัดเลือกตัวแทนกลุ่มเป้าหมาย เช่น ครู ผู้ดูแลเด็กเล็ก อสม. เกษตรกร แม่บ้าน ผู้ป่วยเรื้อรัง	ปชช. ภาคี กรรมการกองทุน และ เจ้าหน้าที่ มหาวิทยาลัยทักษิณ	มีตัวแทนกลุ่มต่างๆเข้ามาทำ ตัวแทนชุมชนส่วนใหญ่เป็น อสม.

กองทุน	วังใหม่	نامهเพื่อง	ทำเยียม	ปาพะยอม	หลังสวน
		เส้นทางเดินชัดขึ้นว่าจะไปทางไหนหรือไปไหน	ผู้พิการ หญิงมีครรภ์ กรรมการ จนท.สอ.		
ปัญหาสุขภาพสำคัญ	สาเหตุการตายสำคัญ มะเร็ง โลหิตเป็นพิษ อุบัติเหตุ โรคหัวใจ หลอดเลือดในสมอง		โรคไม่ติดต่อ การใช้สารเคมีในเกษตรกรรม เยาวชน	เบาหวานความดัน	-โรคเบาหวาน/ความดัน -ไข้เลือดออก -อุบัติเหตุ
แผนที่	-ปชช. 15-25 มีความพร้อมก่อนแต่งงาน -เฝ้าระวังพฤติกรรมสูบบุหรี่/เหล้ากลุ่ม 13-25 ปี -ปชช. ได้รับการคัดกรอง -มีระบบบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ	-ปชช.มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุน -ปชช.มีจิตสำนึกและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี -ปชช.มีสิ่งแวดล้อมที่ดี -ปชช.มีระบบเฝ้าระวังสุขภาพ	-ปชช.เข้าถึงบริการ -ปชช.มีทักษะการดูแลสุขภาพ -ปชช.รับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ -มีโครงการทุกกลุ่มเป้าหมาย	อบต. -ทำนาปลอดสารพิษ -โครงการปุยหมัก -อุดหนุนกลุ่มเลี้ยงสัตว์น้ำ -ข้าวซ้อมมือ -แพทย์แผนไทย กองทุน -ปชช.สามารถสร้างระบบเฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม -ปชช.มีทักษะการวางแผน -ชุมชนมีโครงการสร้างสุขภาพ	-ปชช.มีบทบาทในการควบคุมเบาหวาน/ความดัน -ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ -พัฒนาแกนนำสุขภาพ -ส่งเสริมการรวมกลุ่มผู้ป่วย -ชมรมควบคุมเฝ้าระวังโรค
การนำไปใช้	ทำได้ถึงขั้น 5 ยังไม่มีการนำไปใช้		มีการดำเนินงานในหลาย ๆ ส่วน แต่อาจไม่เกี่ยวกับแผนที่	กำหนดเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาตำบล แต่แผนที่ของกองทุนยังไม่เห็นเนื่องจากไม่ได้เสนอ	ยังไม่มีการทำ
บทบาท สสจ.	ติดตามประเมินแต่ทำได้ไม่ทั่วถึง เมื่อมีการขยายไปมากขึ้น ปัจจุบัน สปสช.มอบอำนาจให้ สสจ. เป็นผู้พิจารณาคัดเลือก	จังหวัดกังวลเรื่องความเข้มแข็งของชุมชนมาก ๆ ทำให้ จนท.ทำงานยาก เจ้าหน้าที่สอ.ของย้ายยกทีม	-มีบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุนและติดตามกำกับ -มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกองทุน -ประชุมชี้แจงนายกขและปลัด	สนับสนุนการดำเนินงาน แต่อยากให้ไปทำตามความพร้อมของพื้นที่ ที่นี้ดำเนินการเต็มพื้นที่แต่มีเพียงครึ่งหนึ่งที่ไปได้ดี -ร่วมกับคณะกรรมการติดตามของ	ปี 50-51 การรับสมัครผ่าน สสจ. สนับสนุนการใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ มีการอบรมให้ความรู้กรรมการกองทุนทุกแห่ง และอบรมวิทยากรระดับ

กองทุน	วังใหม่	นามะเฟือง	ท่าเยียม	ป่าพะยอม	หลังสวน
	พื้นที่เข้าร่วมโครงการ		อปท. ไปสองครั้ง -ให้ประธาน CUP และสสอ. ติดตามสนับสนุน	จังหวัดที่ผู้ว่าแต่งตั้ง (อบจ. สนับสนุนกับอบต.เล็กในการ ดำเนินงานด้วย)	จังหวัด/ อำเภอ ใช้บ pp area based มีการติดตาม ประเมินกองทุนปี 50-51
บทบาท สสอ.	มีการติดตามดำเนินงาน ร่วมกับนายก (อำเภอขยาย อำเภอดำเนินพื้นที่ มีเพียง เครื่องหนึ่งที่ได้ดี) จัดอบรม ชี้แจงกรรมการกองทุน	มีปัญหาด้านการประสานงาน	-มีบทบาทในการกำกับติดตาม และให้คำแนะนำแก่กองทุน		ปี 52 จังหวัด ให้สสอ. ร่วม พิจารณารับกองทุนและเป็น กรรมการติดตามประเมิน
บทบาท สปสช.		สนับสนุนการดำเนินงาน	สนับสนุนการดำเนินงาน	สนับสนุนการดำเนินงานและอบรม วิทยากรแกนนำของจังหวัด	สนับสนุนการอบรมแผนที่ ยุทธศาสตร์ วิทยากร สนับสนุน